Deutscher Bundestag **Drucksache 19/5600**

19. Wahlperiode 07.11.2018

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Kerstin Andreae, Ekin Deligöz, Anja Hajduk, Sven-Christian Kindler, Sven Lehmann, Claudia Müller, Beate Müller-Gemmeke, Corinna Rüffer, Stefan Schmidt und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung – Drucksachen 19/4453, 19/4729, 19/4944 Nr. 6, 19/5593 –

Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Der demografische und gesellschaftliche Wandel, der die nächsten Jahrzehnte in Deutschland prägen wird, erfordert es, heute dafür zu sorgen, dem Anspruch einer würdevollen, die Pflegebedürftigen stärkenden Pflege gerecht zu werden. Bereits heute sind in der Langzeitpflege 23.000 und in der Krankenpflege 12.000 Fachkraftstellen unbesetzt.[1] Es wird prognostiziert, dass die Zahl der pflegebedürftigen Menschen bis zum Jahr 2035 um fast 50 % steigt.[2] Entsprechend wird der Bedarf an qualifizierten Pflegekräften steigen. Gleichzeitig wird vorhergesagt, dass im Jahr 2060 nur noch rund die Hälfte der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter ist.[3] Der bereits heute bestehende Wettbewerb aller Branchen der deutschen Wirtschaft um Fachkräfte wird sich weiter massiv verschärfen. Die professionelle Pflege muss daher deutlich attraktiver werden.

Aktuell werden zwei Drittel aller Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt – oftmals von Frauen, die nicht oder nicht mehr berufstätig sind. Die gesunkene Zahl an Kindern, die höhere Mobilität der jungen Generationen und die begrüßenswerte

[1] Antwort auf KA „Unbesetzte Stellen in der Alten- und Krankenpflege“, Drucksache 19/1803
[2] Institut der deutschen Wirtschaft: IW-Report 33/18 – Die Entwicklung der Pflegefallzahlen in den Bundesländern – Eine Simulation bis 2035, Köln, 2018
[3] Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden, 2015

vermehrte Berufstätigkeit von Frauen wird zur Folge haben, dass die häusliche Pflege in der Zukunft nicht in demselben Umfang wie heute von direkten Angehörigen übernommen wird.

Uns bleibt ein Zeitfenster von maximal zehn Jahren, um unsere Gesellschaft auf diesen Wandel vorzubereiten, eine gute Versorgung in Stadt und Land sicherzustellen, die Versorgungsstrukturen neu und flexibler zu gestalten, die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu stärken sowie eine solide und gerechtere Finanzierung zu gewährleisten.

Der Inhalt des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes wird weder dem Titel des Gesetzes noch den Herausforderungen in diesem Bereich gerecht:

- Das eingebrachte Gesetz umfasst ausschließlich die stationäre Langzeitpflege und das Krankenhaus; die ambulante Pflege und das Pflegepersonal in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden ignoriert.
- Die 13.000 geplanten zusätzlichen Stellen in der Langzeitpflege decken den Bedarf der Behandlungspflege in der stationären Langzeitpflege (schätzungsweise 2,6-3 Mrd. €) nicht ab und entsprechen nicht dem bestehenden Bedarf an Pflegekräften (Antwort auf Kleine Anfrage „Unbesetzte Stellen in der Alten- und Krankenpflege“, Drs. 19/1803).
- Es ist ein Systemfehler, dass die medizinische Behandlungspflege in der stationären Langzeitpflege bislang aus der Pflegeversicherung finanziert wird. Richtig wäre es, wenn die Krankenversicherung die Kosten hierfür – wie in der häuslichen Pflege – auch in Pflegeeinrichtungen übernimmt. Allerdings sorgt die vorgesehene Regelung weder für eine umfassende Verbesserung der medizinischen Behandlungspflege noch für eine finanzielle Entlastung von Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen.
- Das Verteilungsverfahren (Stufen-Modell) der Pflegestellen ist ungerecht und verwaltungsaufwändig. Eine gleichmäßige Verteilung analog der Regelung in § 43b SGB XI (zusätzliche Betreuungskräfte) wäre gerechter und deutlich unbürokratischer[4], weil sie alle Einrichtungen adäquat berücksichtigt und die Personalaufstockung am Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner ausrichtet.
  Die Altenpflege erfährt eine weitere Abwertung, wenn statt zusätzlicher Pflegefachkräfte nach kurzer Zeit auch die Einstellung von Pflegehilfskräften gefördert wird, die nicht zur Durchführung der Behandlungspflege befugt sind.
- Mit dem Gesetz werden zwar künftig auf absehbare Zeit alle Personalkosten in der Krankenhauspflege vollständig refinanziert. Das Gesetz verpasst aber die Chance, das neue Finanzierungsinstrument auch zu einer qualitativen Aufwertung von Pflege im Krankenhaus zu nutzen und es im Interesse einer auch langfristig sicheren Personalkostenfinanzierung zu einem leistungsbezogenen und bedarfsgerechten Personalbemessungsinstrument auszubauen. Das wird sich vor allem negativ auf die hochaufwendige sowie auf eine aktivierend-therapeutische Pflege auswirken. „Satt und sauber“ allein ist jedoch kein Qualitätskriterium guter Pflege. Zudem leidet die Transparenz. So ist nicht sichergestellt, dass das Mehr an Geld für Pflegepersonal auch zu mehr und zu besserer Pflege führt. Krankenhäuser, die qualitativ hochwertige Pflegeleistungen für Patientinnen und Patienten erbringen, werden genauso vergütet wie Krankenhäuser, die das zusätzliche Personal lediglich zur Verlage-

[4] siehe Stellungnahme GKV-Spitzenverband Ausschuss-Drs. 19(14)0036 (18.4) sowie Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen „Sofortprogramm für mehr Personal in der Altenpflege“, Drs. 19/446)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

rung von Tätigkeiten in die Pflege nutzen. Die mit dem Gesetz ab 2020 vorgesehenen Personaluntergrenzen im Krankenhaus verfolgen das richtige Ziel, sind allerdings der falsche Weg. Sie bergen das Risiko, dass sie anstelle einer bedarfsgerechten Personalbemessung in den Budgetverhandlungen auf Krankenhausebene als Maßstab herangezogen werden und so zu einem Standard werden.
Überdies verzichtet das Gesetz auf die nötige Evaluation der umfassenden Systemänderungen zur Honorierung der Pflege in Krankenhäusern.

- Die geänderte Finanzierung für Pflegepersonal im Krankenhaus löst eine Sogwirkung auf die Beschäftigten in der ambulanten Pflege – dem Pflegesetting, über das drei Viertel der pflegebedürftigen Menschen pflegerischer Unterstützung erhalten – und der stationären Langzeitpflege aus. Es ist eine systematische Schwächung der Langzeitpflege und Rehabilitation zu befürchten, wenn sich Krankenhäuser einen Überbietungswettbewerb um neue Pflegekräfte liefern, der zu Lasten der geringer entlohnten Bereiche geht und die dort bestehenden großen Personalprobleme weiter verschärft.
- Es ist zu kurz gegriffen, dass die Anrechnung von Auszubildenden nur im ersten Ausbildungsjahr auf den Personalschlüssel ausgesetzt wird und sich zudem auf den Bereich Krankenhäuser beschränkt.
- Die mangelnde Investitionsfinanzierung der Länder für Krankenhäuser - der wesentliche Fehlanreiz für die zweckwidrige Verwendung von auch für die Pflege vorgesehenen Betriebsmitteln - wird nicht beseitigt. Ebenso fehlt eine wirksame Antwort auf die mangelnde Investitionsfinanzierung der Länder bei stationären Pflegeeinrichtungen.
- Das Gesetz sieht einen Krankenhausstrukturfonds vor, mit dessen Hilfe der notwendige Strukturwandel in der Krankenhausversorgung unterstützt werden soll. Diesen Fonds sollen allerdings allein die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen mit ihren Beiträgen finanzieren. Die Privaten Krankenversicherungsunternehmen, deren Versicherten ebenfalls von den möglichen Wirkungen eines solchen Fonds profitieren, werden indes nicht beteiligt.
- Zu begrüßen ist, dass die Regierungsfraktionen zwar bei der (Re-)Finanzierung einer tariflichen Vergütung in der ambulanten Pflege nachgebessert haben. Zu kritisieren ist jedoch, dass eine solche Regelung für die medizinische Rehabilitation sowie Vorsorge weiter fehlt[5].
- Komplett fehlen Maßnahmen zur Förderung der flächendeckenden tariflichen Bezahlung in der Langzeitpflege. Noch nicht einmal Verbesserungen (wie das Beenden der Blockademöglichkeit durch Nichtanwesenheit oder das Senken der sehr hohen Abstimmungsquoren) zur einfacheren Festlegung differenzierter Pflegemindestlöhne durch eine Stärkung der Pflegemindestlohnkommission nach § 10-13 AEntG werden angegangen.

Regelungen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetz führen dazu, dass gesamtgesellschaftliche Aufgaben statt aus Steuern über Versichertenbeiträge finanziert werden:

- In der Pflegeversicherung betrifft dies Regelungen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie, Beruf sowie die Investitionsfinanzierung der Digitalisierung.
- In der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht nachvollziehbar, warum bei der (sinnvollen) betrieblichen Gesundheitsförderung die Pflege mehr Leistungen erhalten soll als andere Branchen mit ähnlichen Beanspruchungen

[5] In der Praxis laufe die Regelung des § 38 Abs. 2 SGB IX ins Leere, da gesetzliche Krankenversicherung Verträge zur Rehabilitation und Vorsorge nach §§ 111 ff SGB V abschlössen. Zusätzlich würden reale Steigerrungen der Personal - und Tarifkosten mit einer strikten Bindung an maximal die Grundlohnrate nach § 71 SGB V abgewiesen. (siehe Stellungnahme BAG Freie Wohlfahrtpflege, Ausschuss-Drs. 19(14)0036(27))

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

des Personals, da die Beiträge von allen Branchen und Beschäftigten aufgebracht werden.

Unberücksichtigt bleibt, dass zur Zeit Pflegebedürftige jede Leistungsverbesserung oder besser bezahlte Pflegekräfte in der stationären Langzeitpflege ausschließlich selbst finanzieren, da die Pflegeversicherung dem Ansatz der Teilkostenerstattung folgt und diese Leistungen zu selten und nicht ausreichend erhöht wurden.

II. Vor diesem Hintergrund fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf,

Langzeitpflege

1. die Verteilung der zusätzlichen Stellen analog der Regelung in § 43b SGB XI (zusätzliche Betreuungskräfte) gerechter und unbürokratischer vorzunehmen und diese ausschließlich mit examinierten Alten- oder Krankenpflegerinnen und -pflegern zu besetzen, da diese für die Durchführung der Behandlungspflege qualifiziert sind;
2. zu evaluieren, in welchem Umfang von Krankenhäusern Pflegekräfte aus den Bereichen ambulante Pflege, stationäre Langzeitpflege und Rehabilitation abgezogen werden, um bei Problemen schnellst möglich Gegenmaßnahmen zu ergreifen;
3. ein Personalbemessungsinstrument in der stationären Langzeitpflege nicht nur zu entwickeln, sondern auch verbindlich einzuführen;
4. die (Alten)Pflegeausbildung stärker zu fördern und a) geminderte Anrechnung von Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr auf den Personalschlüssel auch in der stationären Langzeitpflege zu verankern, b) gemeinsam mit den Bundesländern die Umsetzung der Ausbildungsreform[6] durch eine Anschubfinanzierung der (Alten-)Pflegeschulen, insbesondere für neu zu schaffende Kooperationsstrukturen und -verträge sowie das Abstimmen von schulspezifischen Curricula mit den Trägern der praktischen Ausbildung zu unterstützen, c) über die Bundesagentur für Arbeit gemeinsam mit den Ausbildungsinstitutionen die Weiterqualifizierung von Pflegehelferinnen und -helfern zu Pflegefachkräften zu unterstützen;
5. die Bundesländer darin zu unterstützen, ihrer in § 9 SGB XI verankerten Aufgabe der „Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ nachzukommen und das bestehende, in den meisten Kommunen bei weitem nicht ausgeschöpfte Beteiligungspotential zu nutzen sowie die Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunen deutlich auszubauen, wie es der Antrag 18/9668[7] vorschlägt;
6. die Gewerkschaften, Kirchen und Arbeitgeber darin zu unterstützen, eine tarifliche oder vergleichbare Bezahlung in allen Einrichtungen der Langzeitpflege bis Ende 2019 zu verankern, die für alle Beschäftigten gilt, auch für entsandte Pflegekräfte aus der EU;
7. die Anbieterzusammenschlüsse aufzufordern, für ihre Mitglieder verstärkt Fortbildungen u.a. zur Verbesserung der Arbeitsorganisation oder der Förderung des Wiedereinstiegs anzubieten;

[6] Siehe: Pflegeberufereformgesetz
[7] Bündnis 90/Die Grünen: Pflege vor Ort gestalten - bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Krankenhaus

8. das neue Finanzierungsinstrument für Personalkosten im Krankenhaus so fortzuentwickeln, dass es eine bedarfsgerechte Pflegepersonalbemessung unterstützt, eine qualitative Aufwertung der Pflege im Krankenhaus befördert und die Transparenz und Vergleichbarkeit über erbrachte Pflegeleistungen erhöht. Zugleich ist eine regelmäßige Evaluation des neuen Finanzierungsinstrumentes vorzusehen;
9. unverzüglich mit den Ländern in Verhandlungen über eine Reform der Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser einzutreten mit dem Ziel einer künftig bedarfsgerechten und leistungsbezogenen Investitionsfinanzierung sowie einer Reform der Krankenhausplanung;
10. die Finanzierung des im Gesetz vorgesehenen Krankenhausstrukturfonds so auszugestalten, dass sich auch die Privaten Krankenversicherungen hieran beteiligen müssen;

Rehabilitation

11. die tarifliche oder vergleichbare Bezahlung im Bereich Rehabilitation und Vorsorge zu stärken, indem a) die Vorgabe, „dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann“, in die §§ 111, 111a und 111c SGB V aufzunehmen und b) die Regelung des § 71 SG V (Bindung der Steigerung an die Grundlohnrate) bei Vorsorge-, Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen gelockert wird, bis eine tarifliche Bezahlung erreicht ist;

Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

12. statt gesamtgesellschaftliche Aufgaben in die gesetzliche Krankenversicherung oder die (soziale) Pflegeversicherung zu verschieben, zu prüfen, welche gesamtgesellschaftlichen Aufgaben in der Pflegeversicherung vorhanden sind und die Notwendigkeit einer Steuerfinanzierung hierfür zu erörtern;
13. auf der Finanzierungsseite durch eine Pflege-Bürgerversicherung[8] für eine gerechtere Beteiligung aller Versicherten am finanziellen Ausgleich steigender Ausgaben für gute Pflege in einer älter werdenden Gesellschaft zu sorgen.

Berlin, den 6. November 2018

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

[8] Siehe Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen Fraktionsbeschluss „Solidarität wirkt! – die grüne Pflege-Bürgerversicherung“ https://www.gruene-bundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag_de/themen_az/pflege/das_gruene_konzept_zeigt_solidaritaet_wi/pflegebuergerversicherung.pdf

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.